

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

М.І. Майструк¹, Н.І. Поліщук², І.М. Григус¹

¹Національний університет водного господарства та природокористування,
grigus.igor@yandex.ua

²Реабілітаційно–консультаційний центр «Здорове життя», polischuk23@i.ua

Вступ. Чільне місце серед проблем пульмонології посідають хронічні обструктивні захворювання легень. Частота вказаної патології залишається стабільно високою та, за даними ВООЗ, до 2020 р. за соціально економічними витратами вона посідає 5–те місце у світі. Дослідження показують, що обговорювана патологія в середньому діагностується в 4–6 % дорослої популяції. У світі нараховується близько 600 млн. хворих на хронічні обструктивні захворювання легень. Смертність при цій патології коливається в межах 250–300 випадків на 100 тис населення у віці 55–84 роки. З поміж них, які характеризуються затяжним перебігом, періодично загострюються й не піддаються повному лікуванню та повному відновленню функціональних можливостей дихальної системи, фахівці виокремлюють хронічний бронхіт та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [1, 3].

У структурі поширеності хвороб органів дихання, незважаючи на деяке зниження, першість належить хронічному бронхіту та становить 2994,8 на 100 тис. дорослого населення. Статистичні дані поширеності хронічного обструктивного бронхіту серед населення України вражають, у середньому кількість хворих цією патологією складає 10–14% від числа дорослого населення країни. Результати останніх досліджень в європейських країнах показують, що в регіонах з дуже високою поширеністю куріння, частота ХОЗЛ наближається до 80–100 на 1000 населення. Куріння, як активне, так і пасивне, є чільною і найбільш важливою причиною розвитку ХОЗЛ. У той же час, проведені дослідження в Європі і США збігаються щодо ступеня поширеності (4–10%) [1, 3].

Методи та організація дослідження. Для вирішення поставлених у роботі завдань був проведений аналіз та узагальнення даних науково–методичної та спеціальної літератури, інтернет–ресурсів.

Результати дослідження та їх обговорення. Хронічний бронхіт – одна з найбільш поширених причин захворюваності та смертності у всьому світі. Зростаюча поширеність хронічного бронхіту, величезні соціально–екологічні збитки та смертність у більшій мірі обумовлені загрозливим розмахом тютюнопаління в світі та зміною вікової структури популяції – старінням населення в розвинутих країнах. Хронічні бронхіти займають п'яте місце серед основних причин смертності та швидко прогресують.

ХОЗЛ на теперішній час є проблемою, що має тенденцію до стрімкого зростання у всьому світі, особливо у промислово розвинених країнах, останнім часом називають хворобою–вбивцею ХХІ сторіччя. Серед структури смертності від хронічних неспецифічних запальних захворювань легень смертність від ХОЗЛ складає більш ніж 80 %. У „Європейській білій книзі легень” (2003) Україна представлена як країна, що належить до когорти країн з найвищим рівнем смертності внаслідок ХОЗЛ. Однак, лише в 43 % летальних випадків ХОЗЛ вказується як причина смерті хворого.

Можна припустити, що поліпшення прогнозу ХОЗЛ закладено в GOLD (2015), де рекомендована комбінована оцінка симптомів і ризиків загострень, що є основою ведення пацієнтів з ХОЗЛ як нефармакологічного, так і фармакологічного спектру. Не повинен недооцінюватися і сприятливий ефект від реабілітації та фізичної активності. І нарешті, необхідно виявляти коморбідні захворювання; і якщо вони присутні, то лікувати їх необхідно так само, як і в тому випадку, якщо б їх не мав пацієнт з ХОЗЛ [2, 4].

Загострення ХОЗЛ – найбільш часта причина звернення пацієнтів за медичною допомогою. У даний час загострення ХОЗЛ визначають як відносно тривале (не менше 24 год.) погіршення стану хворого, яке за своєю тяжкістю виходить за межі звичайної добової варіабельності симптомів, характеризується гострим початком і потребує зміни звичайної терапії. Тяжкість загострення захворювання може значно варіювати: від легкого, при якому достатня терапія в домашніх умовах, до важкої, загрозливої дихальної недостатності, що вимагає штучної вентиляції легень. У середньому протягом року виникає 1–2 загострення, кожне з яких триває приблизно 12 днів.

Характерні клінічні прояви ХОЗЛ включають хронічну і прогресуючу задишку, кашель і виділення мокротиння. Задишка – кардинальний симптом ХОЗЛ, що є провідною причиною зниження якості життя, толерантності до фізичного навантаження та працездатності. У типових випадках хворі ХОЗЛ описують задишку як відчуття утруднення дихання, тяжкості в грудній клітці, нестачі повітря і/або задуха. Хронічний кашель і продукція мокротиння можуть спостерігатися задовго до розвитку обмеження прохідності дихальних шляхів, і, навпаки, істотне порушення прохідності дихальних шляхів може розвиватися в осіб без попереднього кашлю та/або виділення мокротиння. Поєднання задишки, кашлю та виділення мокротиння дозволяє припустити наявність ХОЗЛ з високою ймовірністю.

Всі вище наведені симптоми детермінують проведення відповідної тривалої медикаментозної терапії, яка не завжди дає очікувані результати. І це вимагає пошуку ефективних шляхів відновлення рівня фізичного здоров'я пацієнтів, фізичної працездатності та покращення якості життя, чому й має сприяти фізична реабілітація.

Головний спірометричний критерій, який підтверджує діагноз ХОЗЛ, – відношення об'єму форсованого видиху за першу секунду до форсованої життєвої ємності легень ($ОФВ_1/ФЖЄЛ$) $<< 0,7$ після інгаляції сальбутамолу в дозі 400 мкг (тобто після проведення бронходилататорного тесту).

При проведенні спірометрії, яка вважається «золотим стандартом» діагностики та оцінки прогресування ХОЗЛ, обов'язково проводиться бронхолітичний тест. Величина $ОФВ_1$ оцінюється в пробі з бронхолітиками і відображає стадію хвороби (ступінь її тяжкості).

Застосування фізичної реабілітації у хворих на ХОЗЛ покликане вирішувати ряд завдань:

1. Відновлення дихального акту з метою підтримки більш рівномірної вентиляції і збільшення насичення артеріальної крові киснем шляхом: а) зниження напруги дихальної мускулатури; б) встановлення нормального співвідношення дихальних фаз; в) розвитку ритмічного дихання з більш глибоким видихом; г) збільшення дихальних екскурсій діафрагми.
2. Розвиток компенсаторних механізмів, що забезпечують збільшення вентиляції легень і підвищення газообміну шляхом: а) зміцнення дихальної мускулатури; б) збільшення рухливості грудної клітки і хребта; в) поліпшення постави.
3. Поліпшення функції системи кровообігу.
4. Розвиток функціональної пристосованості хворих до помірних побутових і трудових навантажень.

Головними ефектами відновлювального лікування ХОЗЛ має бути: зменшення (усунення) етіологічних впливів та факторів ризику; тренування адаптаційно–пристосувального потенціалу організму, імунокомпонентних та стреслімітуючих систем; зменшення явищ запалення в дихальних шляхах; зменшення обструкції та покращення дренажної функції бронхів; покращення функції зовнішнього дихання та толерантності

до фізичного навантаження; зменшення частоти та тривалості загострень; покращення працездатності та якості життя.

Фізичну реабілітацію хворим на хронічний бронхіт слід призначати з урахуванням клінічного перебігу хвороби (стадія захворювання, ступінь порушення функції зовнішнього дихання, стан серцево-судинної системи, рівень фізичного розвитку, характер навантажень).

Основні завдання ЛФК в руслі реабілітації хронічного бронхіту такі: підвищення загальної та місцевої резистентності бронхіального дерева, опірності організму до застудних та інфекційних захворювань у верхніх дихальних шляхах; посилення крово- і лімфообігу, зменшення або ліквідація запальних змін у бронхах; запобігання прогресуванню процесу, профілактика можливих ускладнень (бронхоектазів, емфіземи, дихальної недостатності); відновлення дренажної функції бронхів, механізму правильного дихання; мобілізація компенсаторних механізмів вентиляції, зміцнення дихальної мускулатури, відновлення прохідності бронхів.

Профілактика загострень ХОЗЛ є не що інше, як основна, базисна (або стратегічна) терапія, яка має обов'язково включати вакцинопрофілактику і фізичну реабілітацію, основною метою якої є збереження якості життя та зменшення швидкості зниження бронхіальної прохідності.

Висновки. Необхідністю проведення і загальними завданнями фізичної реабілітації є досягнення регресії оборотних і стабілізації необоротних змін у бронхах; відновлення й покращення функції зовнішнього дихання та серцево-судинної системи, психологічного статусу й фізичної працездатності. Реалізація цих завдань може відрізнятися залежно від нозологічної форми, особливостей і характеру перебігу ХОЗЛ, індивідуальних особливостей пацієнта, форми й ступеня ураження дихальної системи.

Література

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с.
2. Григус І.М. Методологічні аспекти проведення фізичної реабілітації у хворих на хронічний бронхіт / І.М. Григус // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. Наук. Пр. Волин. Нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2012. – № 3 (19). – С. 282–287.
3. Grygus, I. Obecny stan przewlekłej obturacyjnej choroby płuc / I. Grygus, M. Maistruk // Journal of Health Sciences, 2013; 3(10): 729–744.
4. <http://www.goldcopd.org/> Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD Executive Summary // American journal of respiratory and critical care medicine. – Updated 2015.